Aus der königlichen chirurgischen Klinik zu Kiel.

Kasuistischer Beitrag

zur

Kenntnis der Hernia epigastrica.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Segger-Bethmann,
approbierter Arzt aus Braunschweig.

Kiel 1900.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der königlichen chirurgischen Klinik zu Kiel.

Kasuistischer Beitrag

zur

Kenntnis der Hernia epigastrica.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Segger-Bethmann,
approbierter Arzt aus Braunschweig.

Kiel 1900.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 61.

Rektoratsjahr 1900/1901.

Referent: Dr. **Werth.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Werth,**
z. Zt. Dekan.

Meiner lieben Frau

gewidmet.

Unsere Kenntnis von den epigastrischen Brüchen reicht zurück bis in das vorige Jahrhundert. Schon im Jahre 1785 beschrieb der Göttinger Chirurg Richter sie sehr genau. Aber erst in neuerer Zeit haben sie gebührende Würdigung gefunden, so durch E. Chassaignac, der in den archives générales 1855 Symptome und Diagnose vortrefflich darstellte [1]). Obwohl diese Brüche innere Medizin und Chirurgie in gleicher Weise interessieren, indem die Symptome in das Bereich jener, die Therapie lediglich in das Bereich dieser Disziplin gehört und obwohl sie differenzialdiagnostisch ausserordentlich wichtig sind, fand man lange Zeit in den Lehrbüchern beider wenig oder nichts davon. Erst Witzel's Arbeit „Über den medianen Bauchbruch" [2]) und Roth's „Über die Hernien der linea alba" [3]) machten nachdrücklichst auf sie aufmerksam.

Wir verstehen unter hernia epigastrica einen Bruch, der zwischen proc. xiphoideus und Nabel meist in der linea alba, zuweilen etwas rechts oder links davon seinen Sitz hat. Die Brüche sind kirschkern- bis wallnussgross und werden daher leicht übersehen, doch kommen auch apfel-, ja kindskopfgrosse vor [4]).

Die Häufigkeit ihres Vorkommens im Verhältnis zu allen Arten von Brüchen giebt Berger [5]), der über ein Material von 10.000 Hernien verfügte, auf 1,37 %, Bohland [6]) (3420 Fälle) auf 1 % an. Man darf aber sicher annehmen,

---

[1]) Betrachtungen über latente oder epigastrische Hernien.

[2]) Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. 1890. Heft 10.

[3]) Archiv für klinische Chirurgie. Band 47, Heft 1. 1891.

[4]) Franz: Epigastrische Hernien. Aus der chirurg. Klinik in Königsberg. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1899. Band 51, pag. 63 seqq.

[5]) Zentralblatt für Chirurgie, 1896, pag. 285.

[6]) Berliner klinische Wochenschrift, 1894, pag. 774.

dass dieser Prozentsatz erheblich höher wird, wenn noch eifriger auf sie gefahndet wird und mit Hilfe neuerer diagnostischer Merkmale auch solche Hernien konstatiert werden, die äusserlich kaum sichtbar wenig Beschwerden machen.

Patienten jeden Alters finden sich in den Statistiken, doch stellt die Altersstufe von 25—45 Jahren das grösste Kontingent.

Frauen leiden weniger an epigastrischen Brüchen, als Männer.

Über die Ätiologie der epigastrischen Brüche ist viel gestritten. Nach Richter sollte die häufigste Ursache sein Anstrengung bei rückwärts gebeugtem Körper, weil dann die Bauchdecken stark klaffen. Zwei neuere Forscher geben folgende Ätiologie. Idzerda[1]) nimmt als Ursache für eine kleine Anzahl ein embryonales Offenbleiben der linea alba an, für die Mehrzahl aber eine Zerreissung der linea alba mit Auswachsen des präperitonalen Fettes durch den Spalt und Nachziehen des Peritoneums. (Rosers Theorie.) A. Völckers[2]) hat bei 19 epigastrischen Hernien beobachtet, dass zwar durch angeborene Veranlagung, angeborene Schwäche der Bauchwand und rasche Abmagerung die Empfänglichkeit für das Gebrechen gesteigert wird, in der Mehrzahl der Fälle aber lediglich anhaltende schwere körperliche Arbeit die Ursache ist, zumal da, wo bereits vorher ein unter dem Bauchfell sitzendes gestieltes Fettträubchen vorhanden war.

Sehr häufig ist Trauma die Ursache, häufiges Erbrechen seltener, Husten fast nie.

Was den anatomischen Bau der epigastrischen Hernien anbelangt, so liegen sie entweder frei unter der Haut oder sind mit Peritoneum bekleidet. Die Bruchpforte ist entsprechend der Grösse der Hernie meist sehr klein, wird aber auch zweimark-, ja fünfmarkstückgross gefunden. Der Inhalt ist meistens Fett, ausgehend von einem Lipom oder dem Netz, seltener findet sich eine Darmschlinge, niemals Magen, wie von den Franzosen, bes. Garengeot, behauptet wurde.

[1]) Virchow's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte der gesamten Medizin, 1894, pag. 569.

[2]) Mitteilungen aus der Hamburger Staatskrankenanstalt, 1899, II 2, pag. 153.

Die Symptome einer hernia epigastrica sind zahlreich. Die Beschwerden decken sich im allgemeinen mit denen des Magenkatarrh, der Magenektasie und Enteroptose, also Aufstossen, Erbrechen, zuweilen heftige Kolikanfälle, Verstopfung, oft wechselnd mit Diarrhoe. Ein wichtiges Symptom ist Schmerzhaftigkeit der betr. Stelle auf Druck. Nach Bohland[1]) findet sich bei 50% der epigastrischen Brüche Schmerz im Epigastrium beim Bücken, der bei Rückenlage schwindet und sich wieder einstellt beim Aufrichten und Recken, Druck und Schmerz in der Magengegend, mit der Nahrungsaufnahme zusammenhängend ca. 1 Stunde bes. nach dem Essen fester Speisen. Erbrechen findet sich in 12,5%, dilatatio ventriculi in 10%. Saures Aufstossen und Hyperacidität wurde in 22% nachgewiesen, Verstopfung in 38%, Blähungen und aufgetriebener Leib nicht. Neurasthenische Beschwerden wie Kopfschmerz, Schwindel, Herzklopfen in 50%. 5% zeigten nur Druckempfindlichkeit. Greiffenhagen[2]) beschreibt einen Fall von Strangulationsileus einer hernia epigastrica. Die Strangulation war durch 3 von der Bruchpforte zum Darm ziehende peritonitische Stränge verursacht.

Dass die Beschwerden von der hernia epigastrica kamen, wird dadurch bewiesen, dass nach der Operation alle schwanden.

Diese Vielseitigkeit der Symptome macht es begreiflich, dass die Diagnose hernia epigastrica so oft nicht gestellt wird, besonders wenn der Bruch äusserlich nicht im geringsten sichtbar ist. Gewöhnlich wird dann diagnostiziert Gastritis, ulcus ventriculi, Gallensteinkoliken oder carcinom. Die Geschwulst wurde in einem Falle als Lebergeschwulst diagnostiziert, in einem zweiten als Gallenblase. Und so ziehen denn oft die Patienten von Arzt zu Arzt, bis endlich einmal ihr Leiden richtig diagnostiziert und durch Radikaloperation alle Beschwerden mit einem Schlage beseitigt werden. Es dürfte daher ein von Litten angegebenes Symptom, das Lennhoff[3]) in der Berliner medizinischen Gesellschaft demonstrierte, für den Praktiker von Wert sein. Wir können

[1]) Berliner klinische Wochenschrift, 1894, pag. 774.

[2]) Virchow-Hirsch, Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin. 1892 II, pag. 460.

[3]) Berliner klinische Wochenschrift, 1898, pag. 647.

uns die Wichtigkeit dieses sogenannten „Spritzphänomens“ am besten klar machen durch Citieren des betr. Falles im Auszuge.

Lennhof[1]) stellt einen Patienten vor, einen Pferdebahnschaffner, der beim Streit mit einem Fahrgaste einen heftigen Stoss mit der Faust vor den Bauch bekam. In der Poliklinik Prof. Littens wird eine hernia epigastrica festgestellt. Als Patient aber Unfallansprüche macht, wird er abgewiesen, weil trotz zweimaliger Untersuchung durch den zuständigen Arzt die hernia epigastrica nicht konstatirt werden konnte. Die erste Diagnose wurde trotzdem aufrecht gehalten, weil der Patient das von Prof. Litten angegebene Spritzphänomen zeigte. Legt man nämlich den Patienten auf's Bett und lässt ihn, während man einen Finger leicht auf die Stelle der vermeintlichen hernia epigastrica legt, husten, so fühlt man, wie ein feiner Strahl gegen den Finger spritzt. Dieses Gefühl sichert die Diagnose absolut. Das Phänomen ist dem Hydatidenschwirren ähnlich und im vorliegenden Falle anfangs damit verwechselt. Zuweilen hat man, wenn Patient hustet, das Gefühl, als ob feinste Schrotkörner gegen den Finger rollen. Man muss die Untersuchung übrigens oft wiederholen, da sich das Phänomen nicht an jedem Tage und zu jeder Stunde zeigt. Oft muss man zudem den Patienten im Stehen sich nach vorn und hinten beugen lassen und wird schliesslich das Phänomen und damit die hernia epigastrica nachweisen können, auch wenn äusserlich nicht die geringste Vorwölbung sichtbar ist. Gerade in dem vorgestellten Falle sicherte das Phänomen die Diagnose. Kann man das Phänomen nicht nachweisen, so ist damit natürlich nicht gesagt, dass es sich nicht um eine hernia epigastrica handelt, vielmehr kann man dann sicher annehmen, dass es sich um eine reine hernia lipomatosa handelt.

Einen höchst interessanten und seltenen Fall möchte Verf. an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen. Derselbe ist von Herrn Geh.-Rath Helferich in der chirurgischen Klinik in Greifswald beobachtet und operiert und von Göbell[2]) be-

---

[1]) Berliner klinische Wochenschrift. 1898. pag. 647.

[2]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1899. Band 52 pag. 347.

schrieben. Der Fall zeigte genau die Beschwerden der hernia epigastrica, wurde auch als solche diagnostiziert und operiert. Die mikroskopische Untersuchung aber und der klinische Verlauf ergaben, dass der Tumor die Metastase eines Gallertkrebses war.

Was schliesslich die Therapie der epigastrischen Brüche anbetrifft, so hat dieselbe im Laufe der Jahrzehnte naturgemäss grosse Wandlungen durchgemacht. In der vorantiseptischen Zeit konnte von einer Radikaloperation mit der dazu nötigen Eröffnung der Bauchhöhle natürlich nicht die Rede sein. Man half sich mit kleinen Halbkugeln, die man auf dem reponierten Bruche mit Heftpflasterstreifen befestigte, oder mit elastischen Gürteln und Pelotte, bei Frauen mit Korsetts und Pelotte. Allem anderen vorzuziehen ist aber die Radikaloperation, denn sie beseitigt mit einem Schlage sämtliche Beschwerden und zeigt wenig Rezidive. So zeigten von 45 Fällen Witzels 5 Rezidive. Als 2 davon aufs Neue operiert wurden, fand sich, dass das Netz an der alten Stelle adhärent geworden war und sich da eine neue hernia epigastrica gebildet hatte. Viele Autoren sahen überhaupt keine Rezidive.

Die Operation ist mit geringen Abweichungen dieselbe, wie sie in den folgenden Fällen beschrieben ist. Aus allerneuster Zeit finden sich zwei bemerkenswerte Abweichungen [1]): Witzel in Bonn verschliesst die Bruchpforte mit netzartig angeordneten Silberdrähten, Göpel [2]) in Leipzig lässt das Netz vorher vom Goldarbeiter fertigstellen und fixiert es durch einige Silberdrähte.

Zum Schluss sei es mir gestattet, 6 Fälle von hernia epigastrica aus der königlichen chirurgischen Klinik zu Kiel nach den Krankengeschichten ausführlich darzustellen. Die 5 ersten Fälle stammen aus dem Jahre 1899, der sechste aus dem Jahre 1900.

Für die bereitwillige und liebenswürdige Überlassung dieser Fälle sage ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Helferich, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.

[1]) Centralblatt für Chirurgie. 1900. Nr. 17.
[2]) l. c.

Fall I.

Friedrich Krause, Arbeiter, 45 Jahre alt, aus Bordesholm, wurde am 6. VII. 1899 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Am 28. VI. 1899 war dem Patienten eine Lowry gegen den Leib gefallen. Die Schmerzen waren anfangs nicht sehr heftig, steigerten sich aber mehr und mehr, sodass Patient am 3. VII. 1899 den Arzt aufsuchte. Dieser konstatierte eine hernia epigastrica und schickte den Patienten in die Klinik.

Stat. praes. Kräftiger Mann mit mittelstarkem panniculus adiposus. Keine Hernien der Inguinal- oder Kruralgegend. Abdomen weich, nicht aufgetrieben.

Mitten zwischen Nabel und proc. xiphoid. findet sich eine knopfartige Geschwulst, 5 cm lang, $2\frac{1}{2}$ cm breit. Die Geschwulst lässt sich nicht zum Verschwinden bringen, ist prall elastisch, mit kleinem, palpabeln Stiel.

Zunge belegt, kein Erbrechen. Öfteres Aufstossen. Stuhl angehalten.

Ther. Radikaloperation in Chloroformnarkose am 8. VII. 1899.

Medianschnitt. Unter der oberflächlichen Fascie der ballonförmige kleine Tumor, der durch einen Schlitz der linea alba in der Bauchhöhle verschwindet. Spaltung der Fascie. Freilegung des Bruchstieles, dann des Bruchsackes, der verschiedene Verwachsungen mit der fascia transversa zeigt und viel präperitoneales Fett enthält. Letzteres erschwert die Orientierung sehr. Im Bruchsack selbst findet sich ein Netzzapfen, der, verwachsen mit dem Peritoneum, abgebunden wird.

Tabacksbeutelnaht. Verschluss der linea alba mit 3 Silberdrahtnähten. Catgut- und Hautseidennaht. Pflaster-Kompressionsverband.

17. VII. 1899. Heilung per primam. Entfernen der Nähte.

29. VII. 1899. Magenbeschwerden vollständig verschwunden. Geheilt entlassen.

Am 9. VIII. 1900 gab Patient schriftlich die Auskunft, dass er sich ganz wohl fühle.

Fall II.

Jürgen Sievers, Landarbeiter, 41 Jahre alt, aus Sehestedt, wurde am 19. VIII. 1899 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Mitte Juli empfand Patient Schmerzen in der Magengegend und fühlte zugleich 2 sehr druckempfindliche Tumoren, einen kleineren dicht über dem Nabel, einen grösseren eine Handbreit über dem Nabel. Der behandelnde Arzt verschrieb zunächst Tropfen und schickte ihn, als keine Änderung eintrat, in die chirurgische Klinik zu Kiel.

Stat. praes. Kräftiger, gut genährter Mann. Bauch überall weich, leicht durchtastbar. Etwa handbreit unter dem proc. xiphoid. fühlt man genau in der Medianlinie einen bohnengrossen Tumor von mittelharter Konsistenz. Spannt Patient beim Aufrichten die mm. recti stark an, so tritt der Tumor deutlicher hervor. Man fühlt, dass die Geschwulst nicht tief, sondern dicht unter den Bauchdecken liegt.

Diagnose: Hernia epigastrica.

Therapie: Radikaloperation am 21. VIII. 1899 in Chloroformnarkose.

Längsschnitt 4 cm lang über die Geschwulst. Ein kleiner Bruchsack wird sichtbar, in dem etwas Netz liegt. Reposition und Verschluss der Bruchpforte. Seidennaht.

Am 28. VIII. 1899 werden die Nähte entfernt. Die Wunde ist per primam geheilt, nur an einem Stichkanal befindet sich eine kleine Retention. Auf Incision entleert sich seröse Flüssigkeit.

Am 31. VIII. 1899 ist die Wunde völlig verheilt und schmerzlos. Patient wird geheilt entlassen.

Am 13. VIII. 1900 teilt Patient mit, dass er sich seit seiner Entlassung aus der Klinik sehr wohl befände.

Fall III.

Hans Stühmer, Arbeiter, 59 Jahre alt, aus Mörel bei Hohenwestedt, wurde am 30. X. 1899 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Ende Juli bekam Patient beim Roggenmähen plötzlich Schmerzen in der Magengrube. Sein Arzt verschrieb ihm Medizin, ohne jeden Erfolg. Die Schmerzen verschlimmerten sich derart, dass er am 18. VIII. 1899 die Arbeit aufgeben musste. Da er Invalidenansprüche machte, veranlasste ihn die Alters- und Invaliditätsversicherung, die Klinik aufzusuchen.

Stat. praes. Patient klagt über schlechten Appetit. Beim Arbeiten und nach dem Genusse schwerer Speisen treten heftige Schmerzen in der Magengrube auf. Bei ruhigem Sitzen und Liegen verschwinden die Schmerzen. Patient ist ein kleiner, schwächlicher, mässig gut genährter Mann mit ziemlich starker, rechtskonvexer Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. Fingerbreit unter dem proc. xiphoid. fühlt man in der Mittellinie eine kirschkerngrosse, härtliche, flachrundliche, schmerzhafte Geschwulst. Beim Liegen verschwindet dieselbe fast völlig. Hustenstösse treiben sie vor. Kein Erbrechen.

Ther. Radikaloperation am 3. XI. 1899 in Chloroformnarkose.

8 cm langer Schnitt über die Geschwulst. Es findet sich eine kleine Fettgeschwulst, die nicht in das Abdomen führt, wie sich bei Eröffnung des Peritoneum zeigt. Nath des Peritoneum. Etagennaht. Kompressionsverband.

Am 14. XI. 1899 ist die Wunde fest verheilt. Die Nähte werden entfernt. Patient hat keine Beschwerden. Appetit gut.

27. XI. 1899. Geheilt entlassen.

Im August 1900 gab Patient an, frei von Beschwerden zu sein.

Fall IV.

Michael Kanschat, Schlosser, 37 Jahre alt, aus Kiel, wurde am 3. I. 1900 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Am 25. XI. 1899 bückte sich Patient, bei einem Gasmotor in engem Raume beschäftigt, tief. Gleich darauf empfand er Schmerzen in der Magengegend, welche sich am nächsten Tage erheblich steigerten. Patient litt seitdem an Verstopfung. Der Arzt verschrieb ihm Karlsbader Salz und schickte ihn am 3. I. 00 zur Klinik. Patient hat kein Erbrechen.

Stat. praes. Mittelgrosser, kräftiger Mann. 2 Finger breit oberhalb des Nabels fühlt man in der linea alba eine kirschkerngrosse, harte Geschwulst in den Bauchdecken. Dieselbe ist druckempfindlich und vergrössert sich bei Hustenstössen nicht. Die Grösse der Geschwulst wechselt etwas. Patient hat besonders abends Schmerzen. Kein Erbrechen.

Ther. Radikaloperation am 6. I. 00 in Chloroformnarkose.

Medianschnitt über die Geschwulst. Es findet sich eine kirschgrosse Netzhernie der linea alba, welche durch ein feines Loch mit der Bauchhöhle kommuniziert. Nach Eröffnung des Bruchsackes lässt sich noch mehr Netz aus der Bauchhöhle hervorziehen. Unterbindung und Abtrennung desselben. Unterbindung und Abtrennung des Bruchsackes. Verschluss der Wunde durch 3 Silberdrahtnähte, Etagennaht, Hautnaht. Heftpflasterkompressionsverband.

16. I. 00. Wunde gut verheilt, Nähte entfernt.

30. I. 00. Geheilt entlassen.

18. VIII. 00. Patient ist beschwerdefrei.

Fall V.

Heinrich Hingst, Bahnarbeiter, 32 Jahre alt, aus Neumünster, wurde am 9. I. 00 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Vor 2 Jahren bemerkte Patient zwischen Brustbein und Nabel eine kleine Geschwulst, welche allmählich wuchs. Patient hat angeblich, auch bei der Arbeit, niemals Beschwerden von derselben gehabt. Stuhlgang regelmässig. Der Arzt verschrieb ihm Salbe zum Einreiben, ohne Erfolg. Im Mai 1899 hat Patient 8 Tage an Schmerzen in der rechten Nierengegend gelitten. Am 9. I. 00 Aufnahme in die Klinik.

Stat. praes. Kräftig gebauter, gut genährter Mann. In der Mitte zwischen proc. xiphoid. und Nabel befindet sich in der Mittellinie eine kleine Geschwulst. Bei Palpation zeigt sie Taubeneigrösse. Sie vergrössert sich bei Husten nicht und ist nicht schmerzhaft.

11. I. 00. Radikaloperation in Chloroformnarkose. Schnitt über die Geschwulst in der Mittellinie. Es findet sich ein mit Netz gefüllter Bruchsack, der mit einem feinen Stiele in das Abdomen führt. Abtragung des Netzstückes und des Bruchsackes. Verschluss der Öffnung durch Silberdraht. Etagennaht. Hautnaht.

Am 17. I. 00 abends ist der Urin leicht blutig gefärbt, am 18. I. bedeutend mehr. Mikroskopisch finden sich zahlreiche rote Blutkörperchen, im nicht zentrifugierten Urine zahlreiche, granulierte, z. T. mit roten Blutkörperchen bedeckte Cylinder. Patient fühlt sich dabei wohl, Temperatur und Puls sind normal. Milchdiät, feuchte Umschläge. Am 19. I. wird

der Urin schon klarer und ist am 20. I. ganz klar. Keine rote Blutkörperchen, keine Cylinder. Albumen fehlte gänzlich.

Am 22. I. werden die Nähte entfernt. Die Wunde ist fest verheilt. Schutzverband.

Am 10. II. wird Patient nach Umlegen einer passenden Bauchbinde entlassen.

Am 2. VIII. 00 berichtet Patient auf eine Anfrage, dass es ihm ganz gut gehe und er nur zeitweilig kleine Beschwerden habe, die nach Anlegen der Binde schwinden.

Fall VI.

Friedrich Schmidt, Arbeiter, 54 Jahre alt, aus Rethwisch bei Itzehoe, wurde am 18. VI. 00 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Patient hat seit Anfang Januar an hartnäckigem Magen- und Darmkatarrh gelitten. Besonders hartnäckig war der Darmkatarrh, der oft zwölfmal an einem Tage Stuhlgang veranlasste. Patient nahm dabei in fünf Monaten 29 Pfund ab. Er hat Schmerzen in der Magengegend. Sein Arzt schickt ihn wegen eines Tumors in der linea alba in die Klinik.

Stat. praes. Mittelgrosser, gut genährter Mann. Abdomen nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich. In der Mittellinie zwischen proc. xiph. und Nabel fühlt man einen kirschgrossen, weichen Tumor, der verschieblich unter den Bauchdecken liegend beim Pressen deutlicher hervortritt und mit einem Stiele in die Bauchhöhle überzugehen scheint.

Diagnose: Hernia epigastrica.

Therapie: Radikaloperation am 21. VI. 00 in Chloroformnarkose.

Schnitt über den Tumor in der Mittellinie. Es tritt ein gelappter, wallnussgrosser Tumor hervor, der mit einem Stiele in die Bauchhöhle ragt. Die Geschwulst ist ein Lipom, hinter dem sich beim Ziehen ein kleiner Bruchsack zeigt. Der Bruchsack wird unterbunden und mit dem Lipom entfernt, der Spalt durch 4 Silberdrahtnähte geschlossen. Catgut-, Hautnaht. Heftpflasterverband.

3. VII. 00. Gute Heilung per primam. Entfernung der Nähte.

14. VII. 00. Patient wird geheilt und ohne Beschwerden entlassen. Der Heftpflasterstreifen soll über der Wunde noch längere Zeit getragen werden.

Am 10. VIII. 00 antwortet Patient auf eine Anfrage, dass er noch Schmerzen habe, die von der Magengegend an der linken Seite des Leibes hinunterziehen. Auch habe er etwas Durchfall und die Kräfte kehrten nur langsam wieder.

Wenn wir diese 6 ausführlich geschilderten Fälle von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachten, so finden wir zunächst bezüglich der Ätiologie, dass dieselbe in Fall II, V und VI nicht angegeben wird. In Fall I (Lowry) ist sie deutlich traumatisch, in Fall III (Roggenmähen mit dem dabei stattfindenden Beugen und Strecken des Oberkörpers) und Fall IV (Arbeit an einem Gasmotor in engem Raume) durch starkes Spannen der mm. recti entstanden.

Alle 6 Patienten waren männlichen Geschlechtes und befanden sich im Alter von bezw. 32, 37, 41, 45, 54 und 59 Jahren. Pathologisch-anatomisch zeigte sich, dass der Umfang der Hernien zwischen Kirschkern- und Wallnussgrösse schwankte. In Fall I fand sich die Bruchpforte in Gestalt eines Schlitzes, einmal (Fall IV) in Gestalt eines feinen Loches. In Fall I zeigten sich ausserdem verschiedene Verwachsungen des Bruchsackes mit der fascia transversa und viel präperitoneales Fett. In Fall III und VI war der Tumor ein Lipom, hinter dem sich ein Bruchsack fand. Der Inhalt des Bruchsackes war in 2 Fällen ein Lipom, in 4 Fällen Netz.

Die Symptome waren sehr verschieden. Während ein Patient keine Schmerzen hatte, klagten die übrigen durchweg über Schmerzen in der Magengegend. In zwei Fällen fand sich Verstopfung, in einem (Fall VI) dagegen hartnäckiger Durchfall, der einen Verlust an Körpergewicht von 29 Pfund bewirkte. Fall III klagte über gesteigerte Schmerzen nach dem Essen, welche aber im Liegen verschwanden. Merkwürdiger Weise zeigten alle Patienten ein Symptom, das von anderer Seite fast stets angegeben wird, nicht, nämlich Erbrechen.

Die Operation war stets die typische Radikaloperation, also Spaltung der Haut und Fascie in der Medianlinie, Freilegung des Bruchstieles und Bruchsackes, Abbinden und Abtragen, bezw. Reposition des Bruchsackes. Tabacksbeutelnaht mit nachfolgender Silberdraht-, Catgut- und Seidennaht. Heftpflasterkompressionsverband.

Der Erfolg der Operation war stets ein prompter. Alle Beschwerden, die jeder medikamentösen Behandlung hartnäckig getrotzt hatten, schwanden mit einem Schlage, so dass man für epigastrische Brüche nur eine Therapie empfehlen kann: Radikaloperation.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Wilhelm Hermann Ernst Segger, wurde am 10. März 1867 zu Braunschweig als Sohn des Gastwirtes Ernst Segger und dessen Ehefrau, Henriette, geb. Presuhn, geboren. Nach dem frühen Tode des Vaters vermählte sich die Mutter mit dem Hôtelbesitzer Bethmann. Das Abiturientenexamen bestand Verfasser in Holzminden 1890, studierte dann Chemie, später Medizin. Die ärztliche Vorprüfung bestand er am 5. Mai 1898 in Kiel, ebendaselbst am 9. Juni 1900 das Staatsexamen und am 18. Juni 1900 das Examen rigorosum.